

児童手当・特例給付 認定請求書

栃木県佐野市長 様

請求者	(フリガナ) 氏名 <small>(法人名等)</small>				性別			生 年 月 日			職 業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	提出年月日			※受付確認年月日					
	住所 <small>(法人の主たる事務所の所在地)</small>								電話 ()			配偶者の有無	有・無		個人番号						
	1月1日時点の住所 <small>(1～5月分は前年、6～12月分は本年)</small>	(上欄と異なる場合に記入してください)					支払希望金融機関			金融機関名	支店コード	支店名	口座番号			口座名義人 (カナ)					
配偶者等	(フリガナ) 氏名											住所 <small>(請求者と異なる場合)</small>									
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 <small>(勤務先:)</small>					ウ. 被用者等でない者					個人番号			1月1日時点の住所 <small>(1～5月分は前年、6～12月分は本年)</small>			(上欄と異なる場合に記入してください)			
児 童	氏 名	続 柄	生 年 月 日	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住 居 所			監 護 の 有 無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	※3歳未満の児童○印	※3歳以上小学校修了前の児童○印	※小学校修了後中学校修了前の児童○印							
				同・別	年 月				有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
				同・別	年 月				有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
				同・別	年 月				有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
				同・別	年 月				有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母										
請求者の加入している公的年金制度の種類		ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		イ. 国民年金 ウ. その他 ()		請求者の扶養親族等及び児童の数	〔うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数 人〕		所得の状況	令和 年分所得額 (請求者) 円	令和 年分所得額 (配偶者) 円	認定・却下 認定・却下年月日 支給開始年月		区分 ・児童手当 ・特例給付	手当月額 3歳未満分 円 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円						
※審査	令和 年 分 所 得 の 合 計 額										控 除										
	うち児童手当法施行令第3条第1項による控除 <small>給与所得/公的年金等所得を有する 場合の控除額(上限100,000円)</small>										雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障 害 者 特 障 人	寡婦・ひとり親・ 勤 労 学 生 控 除 額						
	請求者	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円					
配偶者	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円						

◎ ※印の欄は、記入しないでください。
◎ 字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。

申請者の受給資格確認のため、所得状況(配偶者を含む)を確認することに同意します